Rok XXXII. Kraków, 4. Marca 1893. Nr. 9.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. ROSNER: Z kazuistyki cięcia cesarskiego. — II. PIENIĄŻEK: Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych (c. d.). — III. *Oceny i sprawozdania.* — KLECKI: Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych. — *Choroby dzieci.* SZIKLAI: Dławice i jego leczenie. — HERZ: Użycie ichtyolu w zapaleniu gardła. — FOURNIER: Herpes vacciniformis u dziecka, zgorzel części pleiowych, nagła śmierć. — *Notatki terapeutyczne.* — IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Tow. lekarskie krakowskie — Wydawnictwo dzieł lek. polskich w Krakowie. — V. *Wiadomości bieżące.* — VI. Ogłoszenia.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Z kazuistyki cięcia cesarskiego.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
drugi asystent kliniki.

Dnia 26. czerwca 1892 roku o godz. 7½ rano przywieziono do kliniki położniczej osobę drugą dobę rodzącą celem rozwiązania. Wywiady jej i stan obecny (L. prot. poł. 350) brzmią:

K. K. l. 30 rz.-kat. zamężna, z Mogiły, rodziła 4 razy, porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród w kwietniu 1891 roku. Już w przedostatniej ciąży a więc przed kwietniem 1891 roku miewała bóle w okolicy stawu biodrowego tak, że chód jej był już wówczas upośledzony. Z początkiem maja (8/V 1891) zgłosiła się z tego powodu do szpitala św. Łazarza, gdzie pozostawała do dnia 25/V 1891. Tam rozpoznano, jak to później dowiedzieliśmy się, zapalenie stawu biodrowego lewego (*coxitis sinistra*) a w stanie obecnym zanotowano: „W obu szczytach szmery zaostrzone, odgłos wypukowy w obu szczytach przytłumiony..... ból w kręgach lędźwiowych, ustawienie kończyny lewej w rotacyi na wewnątrz i addukcyi, bolesność za uciskiem na główkę kości udowej....“ Po wyjściu ze szpitala stan jej był znośniejszy, ale wkrótce potem pogorszył się znowu, chód był coraz trudniejszy tak, że chora od lutego 1892 chodzić nie mogła. Guzy w okolicy lędźwiowej mają istnieć od roku. Bóle porodowe wystąpiły rano 25. czerwca, wody płodowe odpłynęły w nocy z 25. na 26., poczem na polecenie położnej przywieziono chorą do kliniki.

B a d a n i e natychmiast przedsięwzięte wykazuje: osoba średnio zbudowana i odżywiona, ciepłota prawidłowa, tętno słabe, drobne, 120 na minutę. W sutkach, które są nie duże i obwisłe, objawy powiększenia się czynności.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż niż wszerz, linia środkowa brzucha zabarwiona, skóra bliznami poporodowemi pokryta; powłoki chude, mięśnie napięte. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza, który wychodzi z miednicy małej, rozszerza się zaraz po wyjściu na boki, zwłaszcza na bok prawy i sięga dnem do wyrostka mieczykowatego. Dokładniejsze badanie wykazuje w tym guzie na talerzu biodrowym prawym, ciało okrągłe, twarde, gładkie, odpowiadające główce płodu; po stronie lewej czuć większy opór w miejscu grzbietu płodu, zakończony w dnie po stronie lewej ciałem, które odpowiada pośladkom; w dnie po stronie prawej dają się wybadać części drobne. Chełbotania nie czuć, tętno płodowe powyżej 120, słyszalne w miejscu grzbietu po stronie lewej. Skurcze macicy dość częste i silne. Na dwa palce poniżej pępka przebiega przez macicę poprzeczna bruzda, która stanowi granicę między skurczonem i twardem ciałem macicy a rozciągniętym i cienkim dolnym odcinkiem, jest więc wysoko w górę wysuniętym pierścieniem skurczowym Schrödera. Dolny odcinek macicy zwłaszcza w miejscu wypuklonym przez główkę jest za dotknięciem i podczas skurczu porodowego bolesny.

Na lewo od wyrostków kolczastych kręgów lędźwiowych widać dwa guzy, z których jeden leży ponad drugim a oba połączone są ze sobą jak dwie części klepsydry. Guz leżący niżej jest wielkości pięś i, drugi nieco mniejszy, oba są podłużnie owalne, mają powierzchnię gładką, są pokryte nieco napiętą, ale zresztą prawidłową skórą, która da się nad guzem przesuwać i we fałd ująć i przez którą przeświecają rozszerzone naczynia żylne. Dotykanie nie wywołuje bólu; guzy są miękkie, prawie chełboczące, zupełnie nad podstawą nieprzesuwalne. Fluktuacya przechodzi z jednego obrzmienia w drugie, co przemawia za bezpośrednim związkiem obu guzów. Obmacywanie wyrostków kolczastych niebolesne, żaden z wyrostków nie sterczy ku tyłowi nad miarę. Natomiast dotykanie tylnej powierzchni kości krzyżowej sprawia ból, który zresztą w tem miejscu jakoteż w okolicy stawu biodrowego lewego utrzymuje się samodzielnie. Oprócz tego nie zbyt wybitnego bólu w okolicy stawu biodrowego niema żadnego objawu zapalenia tego stawu, gdyż tak ułożenie kończyny i jej wymiary, jak niemniej ruchy czynne i bierne są pod każdym względem prawidłowe.

B a d a n i e p r z e z p o c h w ę: Wejście do pochwy szerokie; na trzy ctm. za wejściem czuje się guz, który wypukla tylną ścianę pochwy ku przodowi. Jest on kulisty, wielkości główki płodu siedmiomiesięcznego. Do górnej jego granicy nie można dojść palcem wprowadzonym do pochwy, na dół sięga aż do wychodu miednicy; od tyłu przylega do przedniej ściany kości krzyżowej, najściślej w okolicy stawu krzyżowo biodrowego lewego, przednia zaś jego ściana jest

odległa na 4 ctm. od spojenia łonowego (*coniugata obstetricia 4 ctm.*). Na boki wypełnia miednicę małą prawie zupełnie, mniej jednak po stronie prawej, niż lewej. Powierzchnia jego jest gładka, konsystencya niejednostajna, na szczycie bowiem jest elastyczny, przy podstawie twardy, w całości od guzów w okolicy lędźwiowej znacznie twardszy. Chełbotania nie można w nim nigdzie wykazać, jest on zupełnie nieporuszalny, za dotknięciem nieco bolesny.

Część pochwowa wyżej, niż prawidłowo ułożona, jest przyparta do spojenia łonowego na $1\frac{1}{2}$ ctm. długa, wiotka, bardzo znacznie rozpulchniona. Ujście zewnętrzne jest wygodnie dla palca drożne, brzegi ujścia bardzo podatne pozwalają na wprowadzenie drugiego palca. Szyja rozszerza się ku górze. Nad spojeniem i na prawo czuć dolny odcinek główki wypartej ku przodowi, której kontury rysują się przez powłoki, sprawiając wypuklenie nad spojeniem łonowem poniżej pierścienia skurczowego. Główkę maca się bezpośrednio; pęcherza płodowego niema.

Badanie przez odbytnicę wykazuje: na kilka ctm. za zwieraczem czuć dolny odcinek wyżej opisanego guza, który leży po za odbytnicą i wypukla jej tylną ścianę ku przodowi, przyczem odsuwa kiszkę od kości krzyżowej. Jeszcze wyraźniej, niż badając przez pochwę, czuć, że guz przytyka do kości w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, lewego i że jest zupełnie nieporuszalny. Zresztą badanie stwierdza wszystkie cechy guza opisane powyżej. W odbytnicy masy kałowe.

Rozpoznanie. Ciąża V. Osoba rodząca na czasie, pierwszy okres porodowy, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Położenie płodu główkowe nie ustalone, ułożenie czaszkowe, postawa pierwsza. Płód żyje. Bezwzględne ścieśnienie miednicy z powodu guza wychodzącego z okolicy lewego stawu krzyżowo-biodrowego. Grozi pęknięcie macicy. Co do przyrody guza, rozpoznanie waha się między nowotworem a ropniem zimnym.

Wskazanie. Jakakolwiek jest przyroda guza, to przecież to nie ulega wątpliwości, że wywołuje on bezwzględne ścieśnienie miednicy. W obec takiego niestosunku możliwe są cztery sposoby postępowania, jeżeli niestosunek ten jest następstwem guza rozwijającego się w miednicy małej, jak to jest w naszym przypadku.

1) Odprowadzenie guza ponad wchód miednicy.
2) Wyjęcie guza przez pochwę lub przez laparotomią.
3) Pomniejszenie guza.
4) Cięcie cesarskie.

Zupełna nieporuszalność guza umieszczonego po za odbytnicą i zostającego w ścisłym związku z kością uniemożliwiła w naszym przypadku zastosowanie dwóch pierwszych sposobów. Można więc było myśleć o pomniejszeniu guza przez nakłucie i o cięciu cesarskiem. Ponieważ konsystencya guza była przeważnie twarda a chełbotania nie można było nigdzie wykazać, przeto nieprzypuszczano, żeby guz dał się pomniejszyć przez nakłucie; po nakłuciu więc bezskutecznem mogło się przecież stać koniecznem cięcie cesarskie, które po usiłowaniu pomniejszenia guza byłoby dla matki zabiegiem jeszcze niebezpieczniejszym, niż w zwykłych warunkach. Zresztą na doświadczenia, nie dające nadziei usunięcia niestosunku, nie było w obec grożącego pęknięcia macicy czasu. Ale gdyby nawet, *quod non*, wbrew naszym przypuszczeniom guz dał się był pomniejszyć, to przecież metoda ta niedawała, zastosowana w naszym przypadku, dobrych szans ani dla matki ani dla dziecka. Przedewszystkiem bowiem wskazane było szybkie ukończenie porodu ze względu na grożące pęknięcie macicy, więc nawet po skutecznej punkcyi nie możnaby było pozostawić porodu siłom natury, inaczej mówiąc, trzeba było wybrać i zastosować jeden z zabiegów rozwiązujących. Że ten wybór byłby trudny, jest rzeczą jasną; o obrocie nie możnaby było myśleć w obec rozdęcia dolnego odcinka i wyciągnięcia pierścienia skurczowego, kleszczy nie możnaby założyć nawet po usunięciu niestosunku tak z powodu nieustalenia główki jak i niedostatecznego rozwarcia ujścia. Pozostałaby więc kraniotomia, poświęcająca płód dla dość wątpliwej korzyści matki. Z tych przyczyn postanowił prof. Madurowicz przystąpić wprost do cięcia cesarskiego, uważając zabieg ten w danym przypadku za najłagodniejszy dla matki i dziecka.

Operacya. Kilku lawatywami wypróżniono odbytnicę. Powłoki brzuszne obmyto mydłem i sublimatem. Srom ogolono, pochwę przepłukano rozczynem sublimatu. Cięcie skórne poprowadził prof. Madurowicz w linii środkowej pod i nad pępkiem na długość 20—24 ctm. Naczynia broczące zamknięto zasuwkami. Macica bezpośrednio oglądana okazuje wyraźne objawy grożącego pęknięcia. Pierścień skurczowy przebiegający skośnie od strony prawej i góry na dół i na stronę lewą jest wysoko, bo na dwa palce niżej pępka, w górę wyciągnięty.

Po nad nim skurczone ciało macicy, poniżej zaś pierścienia dolny odcinek o ścianach cienkich, rozdęty więcej po stronie prawej to jest w miejscu główki, której kontury rysują się wyraźnie przez scieńczałe ściany. Macicę wytoczono przed powłoki, górną część rany brzusznej zamknięto tymczasowymi szwami, pod wytoczoną macicę podsunięto kompresy aseptyczne. Na szyję macicy założono ligaturę elastyczną, którą zaciągnięto i powierzono jednemu z asystentów. Następnie poprowadził operator cięcie w linii środkowej macicy powyżej pierścienia skurczowego, przyczem natrafił na łożysko leżące na przedniej ścianie macicy (*placenta praevia caesarea*); nie przecinając i nie oddzielając łożyska poprowadził operujący cięcie poniżej do granicy dolnego odcinka a nawet nieco poza nią i tą drogą wydobył za bark prawy wysuwający się z rany płód bardzo lekko omdlały. Cuceniem zajął się jeden z asystujących. Przystąpiono do odklejenia popłodu, co zrobiono powoli i ostrożnie. Krwawienie dzięki dobremu podwiązaniu szyi macicznej bardzo nieznaczne, chociaż ciało macicy kurczy się słabo i widać otwarte światła grubych naczyń żylnych. Teraz dokładniej jeszcze, niż przed rozcięciem, widać różnicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, który ma ściany cienkie a w miejscu, gdzie leżała główka, nawet bardzo cienkie. Wytarłszy wnętrze macicy bardzo starannie pęczkami waty napojonymi 5% rozczynem karbolu przystąpiono bezzwłocznie do szycia. Warstwę mięsną złączono szwem katgutowym kuśnierskim w głąb zapuszczonym, unikając przy tem starannie skaleczenia wewnętrznej powierzchni jamy macicy. Drugą nitką katgutu również szwem kuśnierskim złączono otrzewnę maciczną. Zimnymi aseptycznymi kompresami wywołano skurcz trzonu macicy, poczem usunięto ligaturę elastyczną. Z linii szwów górnych ani z górnych miejsc wkłucia nie pojawiła się ani kropla krwi. Natomiast w linii szwów dolnych, biegnącej przez dolny odcinek macicy, wyraźnie atoniczny, widać tu i ówdzie niezbyt obfite krwawienie, z powodu którego założono tutaj w kilku miejscach szwy dodatkowe węzełkowe. Po zdjęciu szwów tymczasowych zamykających górną część rany brzusznej, wpuszczono macicę do jamy brzusznej, a gdy znowu w dolnym odcinku rany macicznej zaczęła się krew sączyć, założono jeszcze jeden szew dodatkowy. W końcu przekonawszy się, że krwawienie zupełnie ustało, przystąpiono do ostatniego aktu operacyi: do zamknięcia powłok brzusznych. W tym celu zaszyto naprzód otrzewną szwem katgutowym kuśnierskim, poczem zamknięto ranę czterema głębokimi szwami jedwabnymi i szwem skórnym kuśnierskim jedwabnym. Założono opatrunek antyseptyczny lekko uciskający.

Noworodek płci męzkiej nie jest całkiem donoszony: waga ciała wynosi 2890 grm., długość 49 ctm., obwód główki $33\frac{1}{2}$ ctm., wymiar skroniowy 8 ctm., ciemieniowy 9 ctm., czołowo-potylicowy 12 ctm., ukośny duży 13 ctm., ukośny mały 11 ctm., odległość barkowa 11 ctm., obwód klatki piersiowej 30 ctm. Płód okazuje zniekształtnienie główki a mianowicie wyraźne spłaszczenie kości ciemieniowej prawej.

Przebieg pooperacyjny. Bezpośrednio po zabiegu chora, pozostająca jeszcze na wpół pod wpływem narkozy, zachowuje się bardzo niespokojnie. Po zupełnem przebudzeniu się, żali się na bóle w krzyżach i leży przeważnie na boku, gdyż leżenie na wznak jest jej zbyt dolegliwe. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Wprawdzie pod-

czas operacyi zauważono, że zagięcie esowate kiszki grubej ponad guzem jest wypełnione dużą ilością kału, postanowiono pomimo to wywołać wypróżnienie po kilku dniach a nie zaraz po operacyi.

26. czerwca po południu ciepłota 37·0°, tętno 132, wymioty dwa razy. Bóle w krzyżach utrzymują się, chora nieco spokojniejsza leży ciągle na boku.

27. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 120, stan chorej znośny. Po południu ciepłota 37·0°, tętno 132. Wymioty nie powtórzyły się, bóle w krzyżach mniejsze. Dyeta ścisła płynna. Odchody połogowe bardzo skąpe, różowe.

28. czerwca rano ciepłota 37·6°, tętno 116. Chora przepędziła noc spokojnie i nie żali się na żadne dolegliwości. Przyjmuje pokarmy płynne (rosół, bulion, mleko). Po południu ciepłota 37·1°, tętno 116. Stan ogólny dobry. Chora nie oddaje stolca ani wiatrów.

29. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 104. Mierne wzdęcie brzucha, zresztą stan jak wczoraj. Podano olejek rącznikowy i zastosowano niskie wlewania Hegarowskie; pomimo to nie pojawiły się ani stolec ani gazy. Po południu ciepłota 37·3°, tętno 108. Chora wymiotowała kilka razy z początku treścią żołądkową, potem żółcią. Wieczorem dość znaczne wdęcie brzucha i wymioty kałowe. Chora bardzo osłabiona. Rozpoznano niedrożność przewodu pokarmowego. O godzinie 11. wieczorem, gdy stolec nie pojawiał się a wymioty stawały się coraz częstsze, przystąpiono do wysokich i obfitych wlewań Hegarowskich; dopiero około godziny 12. w nocy zaczęły się pojawiać zbite masy kałowe, poczem w krótkich przerwach wystąpiło kilka bardzo obfitych stolców.

30. czerwca rano ciepłota 38·5, tętno 114. Wzdęcie brzucha utrzymuje się, choć bolesność nieznaczna. Wymioty od chwili usunięcia niedrożności nie pojawiły się. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Dyeta ciągle płynna. Po południu ciepłota 38·0°, tętno 140 słabe. Wzdęcie i bolesność brzucha utrzymują się. Zmienienie opatrunku. Rana nie przedstawia się prawidłowo: dwa szwy głębokie przecięły skórę, która w tych miejscach jest zaczerwieniona. W dolnym odcinku rany obumarł kawałek skóry na przestrzeni 2 ctm.[2] Ranę obmyto sublimatem, pokryto gazą jodoformową, którą przytwierdzono kolodionem z jodoformem. Brzuch pomazano kolodionem i zalecono zimne okłady. Odchodów połogowych bardzo mało.

1. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 128, chora przespała noc spokojnie, rano oddała dobrowolnie dwa stolce. Stan podmiotowy chorej lepszy, bóle i wzdęcie brzucha mniejsze. Po południu ciepłota 37·6°, tętno 140 drobne; język suchy.

2. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 124. Sen spokojny, rano dwa stolce. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 124, język wilgotny, wzdęcie i bóle brzucha ustąpiły prawie zupełnie.

3. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 120. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 120, zresztą stan jak wczoraj.

4. lipca rano ciepłota 37·5°, tętno 112, wieczór ciepłota 38·3°, tętno 124. Wzdęcia brzucha niema, apetyt i sen dobry.

5. lipca ciepłota rano 39·0°, tętno 128. Chora osłabiona. Przypuszczając, że podwyższenie ciepłoty pochodzi z ropienia w kanałach szwów, zdjęto opatrzenie. Rana tylko w górnym odcinku jest zgojona doraźnie (*per primam*). Szwy głębokie powcinały się głęboko w skórę, która w kilku miejscach obumarła. Ponad obumarłymi ubytkami przechodzi w kilku miejscach szew powierzchowny kuśnierski jak pomost. Największy ubytek, pokryty szarym nalotem, widać w dolnym odcinku rany brzusznej. Szwy głębokie, które leżą luźnie, usunięto, ranę obmyto sublimatem i zasypano jodoformem; założono opatrzenie plastrowe. Wieczorem o godzinie 6 ciepłota 38·6°, tętno 120, chora nie doznaje bólów. O godzinie 11 w nocy ciepłota 40·5°, tętno 152 bardzo drobne. Podano stare wino węgierskie.

6. lipca rano ciepłota 38·5°, tętno 128. Chora żali się na ból w okolicy lędźwiowej lewej i leży na boku prawym. Wieczorem ciepłota 39·5°, tętno 142; zdjęto opatrzenie. Mniej więcej w środku rany brzusznej na przestrzeni 2 ctm. widać otwór powstały przez rozejście się brzegów rany, prowadzący do jamy brzusznej. W głębi widać pętle jelita cienkiego, przyczem nacznie przekonać się można, że otrzewna ścienna i jelitowa, o ile można ją widzieć przez otwór, jest zupełnie prawidłowa gładka i nie utraciła swego połysku. Ponad otworem przechodzi kilka nitek szwu jedwabnego skórnego, które usunięto. Przystąpiono bez zwłoki do oczyszczenia i okrwawienia brzegów i do zaszycia otworu. Założono dwa szwy jedwabne, idące przez całą grubość powłok i zajmujące również otrzewnę ścienną. Ranę oczyszczono i założono opatrzenie plastrowe.

7. lipca rano ciepłota 38·0°, tętno 100. Wieczór 38·1°, tętno 126; chorej dokuczają bóle w okolicy guzów lędźwiowych, zresztą stan ogólny nie zły.

8. lipca ciepłota 37·0°, tętno 104. Zmiana opatrzenia. Dolny odcinek rany pokryty strzępami obumarłemi. W górnej części rany tworzy się ziarniniak (*granuloma*), który przyżegnięto kamieniem piekielnym. Badanie chorej wykazuje: guzy w okolicy lędźwiowej powiększyły się i okazują większe napięcie; natomiast guz wypełniający miednicę małą przypłaszczył się. Prof. Obaliński biorący udział w badaniu sądzi, że guzy w okolicy lędźwiowej są ropniami, nie wyklucza jednak i tego przypuszczenia, że obrzmienie jest nowotworem, który w środku ulega rozpadowi i okazuje chełbotanie. Wątpliwości może zdaniem jego rozstrzygnąć nakłucie, które również będzie miało na celu wykazanie, czy między obrzękami w okolicy lędźwiowej a guzem miednicy małej jest związek bezpośredni. Wieczorem 37·5, tętno 108. Stan ogólny chorej dobry; wzdęcia ani śladu, brzuch nie bolesny, sen i apetyt dobry.

9. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 104. Wieczorem 38·0°, tętno 112. Opatrzenia nie zmieniano.

10. lipca rano 37·0°, tętno 96. Zmiana opatrzenia; szwy założone 6. lipca przecięły powłoki, które teraz rozeszły się w tem samem miejscu, co przedtem. Mamy więc znowu otwór w powłokach, zatkany jednak tym razem pętlą jelita cienkiego, która mocno przylega do brzegów rany. Powierzchnia jelita szara, szorstka. Postanowiono pętlę jelita oczyścić, od brzegów rany odkleić a w końcu zaszyć otwór. Próba jednak łagodnego wsunięcia jelita do jamy brzusznej nie udała się, forsownego odklejania wypadłej i zanieczyszczonej pętli unikano i dlatego ograniczono się tylko do obmycia rany i jelita 3% roztworem karbolu, zasypania jodoformem i pokrycia zwykłym opatrunkiem.

11. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 86. Wieczór 37·1°, tętno 92, stan chorej zupełnie dobry.

12. lipca powierzchnia jelita pokrywa się czystą ziarniną, ciepłota prawidłowa.

Od 12. do 16. lipca stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia; ciepłota prawidłowa, tętno między 80 a 92. Ranę opatrywano co drugi dzień, przyczem spostrzeżono, że otwór w powłokach, zatkany pętlą jelitową, zaciąga się. W tym stanie przeniesiono chorą z powodu zamknięcia kliniki dnia 16. lipca do oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego. Dziecko umieszczono 6. lipca w oddziale mamek szpitala św. Ludwika.

Dnia 19. lipca nakłół prof. Obaliński guz w okolicy lędźwiowej grubym trójgrańcem; nie wypłynęła przytem jednak żadna ciecz, natomiast wydobył się strzępek tkanki miękkiej. Badanie drobnowidowe tego kawałka, wykonane przez sekundaryusza oddziału drugiego Dra Czaplińskiego, wykazało, że guz jest mięsakiem wrzecionowato-komórkowym (*sarcoma fusocellulare*). Ranę opatrzono antyseptycznie.

Dnia 2. Sierpnia opuszcza chora szpital na żądanie męża. Według wiadomości zasięgniętych w Mogile, miała chora tamże zakończyć życie, mniej więcej w trzy tygodnie po wyjściu ze szpitala. Przyczyna śmierci był najprawdopodobniej złośliwy nowotwór. Dziecko do października 1892 miało się dobrze. (Dok. nast.).

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8.)

———

W badaniu laryngoskopijnem wskazówki takie daje nam często nawet ujemny wynik badania. Jeżeli mamy objawy zwężenia w wspólnej rurze oddechowej a badanie laryngoskopijne wykaże nam, że krtań i górna część tchawicy jest wolną, wtedy domyślać się możemy zwężenia w dole tchawicy. Brak obniżania się krtani za wdechem może potwierdzić nasze rozpoznanie. Zużytkować tu przytem należy i objawy przysłuchowe, które w pewnych przynajmniej razach nie są bez wartości. Jeżeli skutkiem zwężenia powstanie szmer właściwy, słyszymy go, gdy jest dość silny wszędzie auskultując płuca; pokrywa on mniej lub więcej inne szmery, jak np. szmer pęcherzykowy podczas wdechu. Jeżeli szmer ten za pomocą stetoskopu badamy nad krtanią i tchawicą, to znajdziemy go w całym przebiegu wspólnej rury oddechowej równie silnym tak, że miejsca zwężenia z większego natężenia szmeru w pewnem miejscu oznaczyć zwykle nie zdołamy. Jeżeli jednak zwężenie występuje w dole tchawicy, wtedy zwykle szmer daje się słyszeć najdokładniej pomiędzy kręgosłupem a górnemi częściami łopatek. Szmer bardzo mocny będzie obok tego nad całemi płucami bardzo wyraźnie słyszalnym, przy szmerach jednak nie bardzo mocnych a nawet i mocniejszych, jeżeli użyjemy stetoskopu, słyszeć będziemy szmer zwężenia w dole tchawicy powstałego wyraźnie dokładniej między łopatkami a kręgosłupem, niż gdzieindziej, czego w zwężeniach krtani nie bywa przynajmniej w tym stopniu. Tu przysłuchiwanie się dopomaga nam do wybadania zwężeń tchawicy tam, gdzie nas zawodzi badanie laryngoskopijne. Tak samo auskultacya pozwala nam na rozpoznanie zwężenia, lub też niedrożności jednego z oskrzeli głównych lub też oskrzeli drugorzędnych. W takim zwężeniu będziemy słyszeć nad jednem płucem lub też nad jednym płatem płuca szmer zwężenia znacznie wyraźniej, szmer zaś pęcherzykowy podczas wdechu znacznie słabiej niż gdzie indziej. W bardzo znacznem zwężeniu szmer pęcherzykowy może być zupełnie nie słyszalny a tylko występować będzie wyraźnie szmer zwężenia. W razie zupełnego zatkania oskrzela w odpowiedniej części płuc ani szmeru pęcherzykowego, ani szmeru zwężenia, słowem żadnych szmerów oddechowych zgoła nie będzie słychać. Objawy zwężenia tchawicy, połączone z objawami zwężenia jednego oskrzela, pozwalają nam na bardzo dokładne oznaczenie miejsca zwężenia. Tak np. w tętniaku tętnicy głównej możemy mieć wybitny szmer zwężenia zdaleka słyszalny, który pochodzi od ugniecenia tchawicy, obok tego jednak podczas auskultacyi słyszeć możemy bardzo wyraźny szmer zwężenia nad płucem lewem, gdy nad prawem daje się słyszeć słabo tylko przewiedziony szmer z tchawicy; za to nad prawem płucem słychać zupełnie wyraźnie szmer pęcherzykowy podczas wdechu, który nad lewem bardzo słabo, albo zaledwie tylko jest słyszalnym. Objawy te dowodzą, że obok tchawicy jest także i lewe oskrzele uciśnione. W zupełnem ugnieceniu lewego oskrzela żadnych szmerów nad płucem lewem słyszeć nie będziemy, szmer zaś w miejscu zwężonem tchawicy wytworzony będzie można słyszeć nad prawem tylko płucem i to słabiej, obok mniej lub więcej wyraźnego szmeru pęcherzykowego.

W przypadkach, w których można zbadać dokładnie tchawicę za pomocą laryngoskopu, a które dla wprawnych w badaniu do częstszych należą, rozpoznanie oparte na obrazie laryngoskopijnym zazwyczaj jest łatwe. Tutaj widzieć możemy w zwierciadełku zmiany w błonie śluzowej w świetle tchawicy lub też w jej ścianach powstałe. Obrazy stanom tym odpowiadające będą przedmiotem naszego opisu, w którym zaczniemy od zmian chorobowych w samej błonie śluzowej lub też na jej powierzchni występujących.

1) Pierwszą ze zmian chorobowych, jaką nam tu uwzględnić należy, jest nieżyt tchawicy, który, podobnie jak nieżyt krtani, łatwo rozpoznać można laryngoskopem. Znajdziemy wtedy błonę śluzową tchawicy mniej lub więcej zaczerwienioną, często pokrytą częściowo wydzieliną śluzowo-ropiastą, zwężenia jednak tchawicy nie spotykamy na tle nieżytu samego nigdy. Są jednak stany nieżytowi pokrewne, w których może istotnie powstać zwężenie tchawicy, bądź to przemijające, bądź też i stałe. Spotykamy mianowicie czasem, nawet obok bladej błony śluzowej tchawicy, obficie nagromadzoną, zaschłą wydzielinę, która w postaci strzępów ściany tchawicy oblepia i miejscami światło jej bardzo nawet znacznie zwężać może. Jest to obraz bardzo podobny do tego, który w nosie przy t. zw. *ozaena* spotykamy, która też zazwyczaj towarzyszy stanowi temu w tchawicy. — To też Baginsky opisywał niegdyś podobny przypadek pod nazwą *ozaena laryngotrachealis*. Störk opisał cały szereg odpowiednich przypadków pod nazwą *blennorrhoea tracheae;* wywodzi on je istotnie z zakażenia ropnego błony śluzowej nosa a następnie połyku, krtani, tchawicy i nawet oskrzeli. Za zdaniem Störka przemawia bardzo ta okoliczność, że stan ten występuje przeważnie tam, gdzie łatwo mogło przyjść do zakażenia błony śluzowej ropną wydzieliną, jak n. p. po zagojeniu wrzodów kiłowych, pękniętych ropni w zapaleniu ochrzęstnej i t. p. Zazwyczaj zaschła wydzielina wtedy tylko znacznie utrudnia oddech, jeżeli osiada na miejscach już poprzednio zwężonych skutkiem n. p. blizn lub przerostu błony śluzowej, który właśnie bywa w Störkowskim ropotoku; wtedy wzmaga ona znacznie istniejące już poprzednio zwężenie. Wyjątkowo jednak może ona i bez tego, t. j. w prawidłowo szerokiej tchawicy prowadzić do zwężenia. Najlepszym środkiem przeciw tego rodzaju zwężeniom są ciepłe wdechania zwłaszcza z środków alkalicznych, jak dwuwęglan lub dwuboran sodowy 1—3% lub solnych, jak salmiak i sól kuchenna 1—2%. Sama para wodna działa tu już korzystnie odwilżając zaschłe strupy, które następnie podczas kaszlu można łatwiej wykrztusić. To też inhalacye powinno się robić na ciepło przyrządem Sieglego, nie rozpylaczem, gdyż głównie chodzi tu o parę wodną a nie o środek lekarski, który w zbyt małej dostaje się do tchawicy ilości, by zaschłe skorupy śluzu rozpuścić był w stanie, a istotna jego wartość polega tylko na pobudzaniu do kaszlu.

W przypadkach, w których powtarzanie pilnie inhalacyj okazuje się jeszcze bezskutecznem, można założyć rurkę kauczukową Schröttera, aby poruszyć zaschłe masy sekrecyi i tem samem ułatwić ich wykrztuszenie. Stósownie od tego, czy zaschła wydzielina powleka miejsce zwężone, czy też ściany nie zwężonej tchawicy, możemy użyć rurki cieńszej lub grubszej; zbyt grubych rurek jednak nie ma potrzeby i w ostatnim przypadku używać, nr. bowiem 4 lub 5 zu-

pełnie wystarcza, a nie tak łatwo zadrażni głośnię, jak numery wyższe i łatwiejszy jest do wprowadzenia, co u chorych nie przyzwyczajonych do tego zabiegu ma swoje znaczenie. W przypadkach tego rodzaju chętnie zwilżam rurkę roztworem jodu 1% w glicerynie lub smaruję maścią jodową 2—3% w wazelinie, aby działać miejscowo na błonę śluzową. Uważałem, że podczas tego postępowania systematycznego zmniejsza się zasychanie wydzieliny a wolę te środki wprowadzać do tchawicy za pomocą rurki Schröttera, przez którą chory oddychać może, niż za pomocą pędzelka, przy którym z powodu reakcyjnego skurczu głośni tamuje się oddech. Rurkę więc mogę czas jakiś trzymać i przesuwać w tchawicy, gdy pędzel muszę wyciągnąć dość prędko. Przytem rurka wywoławszy kaszel sprawia, że pewna część strupów do jej środka się dostaje, a jeżeli wtedy otwór rurki w końcu rzutu kaszlowego (*Hustenstoss*) przytkamy, wyciągniemy dość znaczną ilość tych strupów, oszczędzając przez to choremu pracy w ich wykrztuszaniu. Wreszcie następowy skurcz głośni po wyjęciu rurki, jeżeli się ją tylko nieco dłużej potrzymało, bywa mniejszy, niż po wyjęciu pędzelka, którego, jak już wyżej powiedziałem, zbyt długo w tchawicy trzymać nie można; rurkę potrzymawszy minut kilka w tchawicy doczekamy się, że drażliwość krtani nieco się zmniejszy i skurcz krtani następnie wystąpi nie tak mocno, jak po wprowadzeniu i natychmiastowem wyciągnięciu pędzelka. W bardzo znacznem zwężeniu stałem może rurka Schrötterowska nie wystarczyć do usunięcia napadu duszności, który powstaje za nagromadzeniem się zaschłej sekrecyi; chociaż mianowicie strupy zaschłe wyruszy się z miejsca i wyciągnie, to i tak błona śluzowa, w okolicy zwężenia mechanicznie podrażniona, może nieco obrzmieć a niewielkie nawet obrzmienie w znacznem zwężeniu, to ostatnie może znacznie powiększyć. W takich przypadkach może być i tracheotomia potrzebną; potrzeba ta jednak pochodzi nie z zasychającej wydzieliny, lecz ze stałego w wyższym stopniu zwężenia, jak o tem poniżej będzie mowa. W zasychaniu sekrecyi w samej głębi tchawicy rurka Schröttera może się okazać za krótką; w takim razie użyć możemy cewnika elastycznego nru 15—16, który naciągnięty na drut wprowadzamy do głośni a przeszedłszy przez nią wyciągamy drut i wsuwamy cewnik z łatwością do odpowiedniej głębokości. O zasychaniu sekrecyi po tracheotomii wspomnimy na innem miejscu.

2) Drugą sprawą, która zwykła wywoływać zwężenie tchawicy, jest zapalenie dławcowe czyli t. zw. krup. Wiadomo, że choroba ta pojawia się najczęściej w wieku dziecinnym i przedewszystkiem jest przyczyną zwężenia krtani w głośni. Badanie laryngoskopijne, które u dzieci na wielkie napotyka trudności, da się jednak przeprowadzić bardzo często, lubo nie zawsze, ze skutkiem; wtedy widzieć możemy jak najdokładniej obraz zwężonej głośni. Tchawicy jednak, nawet w najlepszych warunkach już z powodu zwężenia w głośni, widzieć niepodobna. Jeżeli z powodu zwężenia krtani założymy rurkę O'Dwyera, to również i przez nią nie możemy zobaczyć, co się dzieje w tchawicy; wnosić tylko możemy, że na jej ścianach znajdują się grube błony, jeżeli po założeniu rurki O'Dwyera przypady zwężenia nie ustępują albo się nawet zwiększają, lub też natychmiast oddech ustaje zupełnie. Zdarza się to tam mianowicie, gdzie rurka oddzieliła częściowo grube błony od ścian tchawicy; wtedy skutkiem nagłego a zupełnego zatkania się rurki tracheotomia może być natychmiast konieczną. Bywa tu zwykle utrudniony tak wdech jak i wydech. — Również musimy wnosić o wytworzeniu się błon w tchawicy, jeżeli, z razu łatwy po intubacyi, oddech utrudnia się w jakiś czas później. Może to wystąpić nagle, jeżeli dość grube błony, które jednak sprawiały małe tylko zwężenie, podczas kaszlu w całości lub częściowo z dołu oddzielą się od ścian tchawicy. Stan taki daje naturalnie wskazanie do tracheotomii, która jednak czasem sama przez się nie wystarcza do doprowadzenia dostatecznej ilości powietrza do płuc; czasem trzeba poprzód wydobyć dość znaczną ilość błon z tchawicy a nawet i z oskrzeli, aby powietrze dochodzić mogło swobodnie do płuc. Jeżeli raz wykonano tracheotomię, czy to bezpośrednio w krupowem zwężeniu krtani, czy też zaraz po bezowocownej intubacyi, albo też w jakiś czas po niej, gdy pojawiły się przypady następowego zwężenia tchawicy, wtedy mamy przez ranę tracheotomijną drogę otwartą tak do dalszego badania tchawicy, jak i do postępowania w razie wystąpienia w niej powtórnych zwężeń na tle krupu.

Tak się rzeczy mają u dzieci; odmiennie nieco przedstawi się jednak sprawa krupowa u dorosłych a nawet i u dzieci w rzadszych przypadkach, t. zw. *croup ascendens*. U dorosłych występuje, lubo bardzo rzadko, zapalenie oskrzeli i tchawicy *(tracheobronchitis)* albo też zapalenie oskrzeli dławcowe (*bronchitis crouposa*), sprawiające napady duszności, w których zazwyczaj głównie utrudnionym lub nawet zupełnie zatamowanym być może wydech. Już powyżej zwróciłem uwagę, że rzadko przychodzi tutaj do jednostajnego zwężenia przy obu aktach oddechowych; rzadko bowiem błony takiej nabierać mogą grubości, by mogły zwęzić znacznie oskrzela u dorosłych. Może się to zdarzyć w zajęciu nieco drobniejszych oskrzeli a wtedy istotnie utrudniony będzie tak wdech jak i wydech, choć zwykle przeważać będzie utrudnienie wydechu ponad utrudnieniem wdechu. Zwykle jednak, zanim błony krupowe dojdą do odpowiedniej grubości, pierwej oddzielać się zaczną, a oddzielanie to postępuje zazwyczaj od dołu ku górze. Wtedy podczas wydechu, zwłaszcza nasilonego, oddzielone części błon ku górze wepchnięte, zatykają światło oskrzeli pokrytych błoniastą wypociną, a przez to węższych niż poniżej, zkąd właśnie oddzieliły się błony. Najłatwiej może tam powstać zatkanie zupełne, gdzie oddzielone błoniaste rurki siła wydechu wpycha ku wspólnej rurce, z której podziału wyszły, n. p. błony obu oskrzeli głównych ku tchawicy. Wtedy błony pokrywające klin podziałowy (*calcar bifurcationis*) od dołu w zupełności mogą zatkać wspólną rurę, a przez to zatamować w zupełności wydech. Jeżeli przytem wdech nie jest znacznie utrudniony, chory może wciągnąć jeszcze odpowiednią ilość powietrza, którą następnie stara się wydalić nasilonym wydechem t. j. kaszlem, a więc za użyciem mięśniów wydechowych. Często przy tem zostają błony wyrzucone i oddech staje się znowu lekki. To też widzimy, że dorośli w zapaleniu dławcowem oskrzeli nieraz wyrzucają całe rozgałęzienia błon podczas ataków duszności.

Badanie chorych w tym stanie głównie polegać musi na auskultacyi; wykrztuszone błony pozwalają na pewne rozpoznać sprawę, zanim jednak chory je wykrztusi, można się domyślać tylko całej sprawy. Natrafimy tu obok szorstkiego wdechu zwykle na piski podczas wydechu, którym podczas oddzielania się błon towarzyszą dość charakterystyczne suche rzężenia, czasem przypominające tarcie opłuc-

nowe. Obraz laryngoskopijny przedstawić nam może błony na ścianach tchawicy, jeżeli sprawa nie ogranicza się do samych oskrzeli, ale zajmuje też i tchawicę; o zwężeniu jednak zwykle nie będzie można się przekonać laryngoskopem. Podobny obraz przedstawiać może t. z. dławiec wstępujący (*croup ascendens*) u dzieci; zwykle tu jednak, zanim przyjdzie do mocniejszych napadów duszności z powodu błon w tchawicy i oskrzelach, wprzódy będzie zajęta krtań i powstanie zwężenie głośni, tak, że ostatecznie bywa potrzebną tracheotomia z powodu zwężenia głośni a po tracheotomii dopiero trzeba czasem wydobywać błony z tchawicy i głównych oskrzeli, aby ułatwić oddech. Natomiast zdarza się i u dorosłych, choć rzadko, zwykły dławiec zstępujący, który rozpocząwszy się w krtani schodzi następnie na tchawicę i oskrzele. Tutaj zazwyczaj nie przychodzi przynajmniej do znaczniejszego zwężenia ani w głośni, ani w tchawicy, w której wreszcie wypocina sięgać zwykła do pewnej tylko wysokości. Nawet w razie, jeżeli sprawa szerzy się na całą tchawicę a nawet oskrzele, to błony nie dochodzą zwykle tej grubości, by same przez się sprawiały zwężenie. Wystąpi więc ono wtedy dopiero, gdy błony albo oddzielać się zaczną, albo już przejdą na drobniejsze oskrzele.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. med. Karol Klecki,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

W ciągu ostatnich lat kilku ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich bezwątpienia najbardziej postąpiła naprzód nauka o chorobach zakaźnych. Zdobycze naukowe z dziedziny patologii, mikrobiologii oraz chemii zwierzęcej przyczyniły się do tego, że zaczynamy coraz głębiej przenikać samą istotę tych chorób, zdawać sobie sprawę ze spraw życiowych, w zakażonym ustroju zachodzących, a co dla lekarza praktyka najważniejsze, zbliżamy się do ustalenia podstaw, na których oprzećby się mogło racyonalne leczenie chorób zakaźnych. To też liczba pracowników na tem polu jest bardzo znaczna a prac z omawianej dziedziny, przeważnie doświadczalnych, tak wiele, iż nie wadzi, sądzę, treściwy przegląd faktów do tego się odnoszących, w ciągu ostatnich lat nagromadzonych, oraz zapatrywań pierwszorzędnych badaczy na daną kwestyą.

Nie mam bynajmniej zamiaru pisania dziejów chorób zakaźnych; chciałbym jedynie na wstępie przytoczyć kilka faktów, z których wynika, że to, co w ostatnich czasach stwierdziła nauka drogą doświadczenia, a mianowicie, że lekarstwa czy środka zapobiegawczego przeciwko danej chorobie w samym ustroju zakażonym szukać należy, od niepamiętnych czasów było przekonaniem całych narodów lub też kiełkowało w umysłach wybitniejszych lekarzy. Wszak *variolatio*, wprowadzona w użycie w Europie przez Lady Montagu w r. 1717, była prastarym środkiem ludowym chińczyków i innych wschodnich narodów; rozpowszechniła się ona w Anglii tak dalece, że ze względu na jej złe skutki, rząd angielski musiał zabronić wykonywania *variolatio*, jako doświadczenia dla chorych, co najmniej, bardzo niebezpiecznego. Dopiero Jenner, przeszczepiwszy z dobrym skutkiem krowiankę z człowieka na człowieka (po raz pierwszy 14. maja 1796 r. z Sary Nelmes na ośmioletniego Jamesa Phippsa), wskazał drogę, którą idąc, następne generacye uczonych miały dojść do wyników, rozszerzających zakres wiadomości naszych o chorobach zakaźnych, oraz wypracować podstawy racyonalnej ich terapii. Już w XVII wieku Robert Fludd stosował przeciwko gruźlicy odpowiednio preparowane plwociny suchotników. W pierwszej połowie bieżącego stulecia izopata Lux, wychodząc z zasady *aequalia aequalibus*, powstałej z *similia similibus*, stósował w swojej praktyce cały szereg przetworów, jako to: hidrofobinę, pneumoftyzynę, kondylominę, waryolinę, skarlatyninę i t. d., przygotowane z narządów lub wydzielin chorego ustroju.

W r. 1880 podał Pasteur swoją metodę immunizowania zwierząt, podlegających pewnej chorobie zakaźnej, na daną chorobę za pomocą szczepień osłabionemi hodowlami. Jadowitość hodowli, używanych do szczepień ochronnych, osłabiał Pasteur przez poddanie ich działaniu wyższej temperatury oraz przez poprzednie przeszczepianie hodowli na inne zwierzęta. Metoda Pasteura polega więc na tem, że wprowadza się do ustroju żyjące bakterye o cokolwiek zmienionych własnościach; takie „osłabione“ bakterye danego ustroju nie zabijają, przeciwnie chronią zaszczepione zwierzę od zakażenia nieosłabionemi a więc jadowitemi bakteryami tegoż gatunku.

W ciągu następnych lat kilku ukazały się prace Salmona i Smitha, Chamberlanda i Rouxa, Beumera i Peipera, Gamaleii, Boucharda, Charrina i innych; badacze ci sprowadzali u zwierząt odporność na pewne choroby zakaźne za pomocą szczepienia zwierząt tych wyjałowionemi hodowlami a więc zawierającemi przeważnie produkty życiowe bakteryj. — Właściwie obiedwie metody te są ze sobą dość blisko spokrewnione, gdyż trudno sobie wyobrazić, by osłabione bakterye mogły działać na ustrój inną drogą, aniżeli przez pewne produkty życiowe, które sprawiają odporność na daną chorobę w ustroju; różnica więc pomiędzy temi dwiema metodami polega na tem, że w metodzie Pasteura produkty te wyrabiają się w samym ustroju, w drugiej zaś metodzie gotowe produkty bakteryj, powstałe poza ustrojem, wprowadzamy do niego. W każdym jednak razie metoda szczepień ochronnych wyjałowionemi hodowlami stoi o tyle wyżej nad metodą Pasteura, że szczepiąc jady nieorganizowane możemy dokładnie obliczyć ilość jadu, powtóre zaś pole do doświadczeń na zwierzętach i ludziach znacznie się przez to rozszerza, gdyż możemy zawsze wykluczyć zakażenie ustroju. Później zaczęto używać jeszcze innych metod immunizowania, o których będzie mowa niżej na tem miejscu ograniczam się do zaznaczenia jedynie wybitniejszych wyników badań, w zakres nauki o chorobach zakaźnych wchodzących. Po stwierdzeniu drogą doświadczenia własności immunizujących produktów życiowych bakteryj, posunięto się jeszcze o jeden krok naprzód i zaczęto substancyj tych używać w celach leczniczych z początku u zwierząt sztucznie zakażonych jadowitemi hodowlami, później także u ludzi, cierpiących na niektóre choroby zakaźne. Do tej grupy środków między innymi zaliczyć należy hidrofobinę Pasteura i głośną tuberkulinę Kocha.

Wreszcie przed kilku laty Behring i Kitasato prawie jednocześnie wykryli nader ważny i ciekawy fakt, że krew oraz surowica krwi zwierząt, u których sprawiono sztucznie odporność na pewną chorobę zakaźną, posiada własności immunizujące a nawet lecznicze dla innych zwierząt, zakażonych jadowitemi bakteryami tej samej choroby. Fakt ten stał się punktem wyjścia dla t. zw. „terapii surowiczej“, nad którą obecnie, zwłaszcza w Niemczech, pracuje cały zastęp badaczy; dotychczas otrzymane wyniki badań tych zachęcają stanowczo do dalszych prób w tym przedmiocie i bardzo być może, że terapia surowicza, w tej lub innej formie stosowana na szerszą skalę, w przyszłości odgrywać będzie ważną rolę w leczeniu chorób zakaźnych.

Rozpatrzmy się teraz szczegółowo, jakie są podstawy rzeczywiste, na których autorzy opierali swe wnioski, jakiemi metodami posługiwali się, jak daleko posunięto omawiane kwestye drogą doświadczenia na zwierzętach lub też prób na ludziach, oraz jak należy rozumieć sprawę zakażenia, odporności czy wyleczenia ustroju z choroby zakaźnej.

Choroby zakaźne można w ogóle podzielić na dwie grupy. Do pierwszej z nich należą te, w których zabójcze działanie na ustrój polega przeważnie na nadzwyczaj szybkiem rozmnażaniu się drobnoustrojów, które dostawszy się do obiegu krwi, sprawiają poważne zmiany w krążeniu a więc odżywianiu ustroju; do drugiej zaś grupy należą te choroby, w których śmierć następuje wskutek zatrucia substancyami, powstałemi pod działaniem bakteryj z ciał białkowych tego medium, w którem bakterye się rozrastają. — Podział ten jest jednak w znacznym stopniu czysto teoretyczny: do pierwszej grupy zaliczają drobnoustroje chorób septycznych, wąglika, które, jak wiadomo, również wyrabiają w organizmie mocne trucizny; do drugiej większość chorób zakaźnych; z liczby tych ostatnich wyróżniają się niektóre swoją cechą wybitnie toksyczną, jakoto: tężec, dur, błonica, zapalenie płuc, cholera i t. d. To też badacze, pracujący nad odpornością i sprawą leczenia zakażonego ustroju, w doświadczeniach swoich posługiwali się przeważnie bakteryami specyficznemi dla chorób, na końcu wymienionych.

Co do charakteru chorób tych panuje między autorami zupełna zgodność zapatrywań; wszyscy uważają działanie właściwych drobnoustrojów za bardzo toksyczne, Hueppe zaś wykazał, że wielką rolę gra tu anaerobioza, dzięki której wytworzone przez bakterye trucizny nie podlegają dalszemu rozkładowi. Na takie toksyczne choroby zakaźne można sprowadzić odporność zwierzęcia w dwojaki sposób: przez odpowiednie szczepienia przygotowawcze wywołujemy w ustroju zwierzęcia tego rodzaju zmiany, że po pewnym czasie zaszczepione jadowite bakterye tegoż gatunku nie znajdują w ustroju warunków koniecznych do życia oraz rozmnażania się; wówczas zwierzę takie jest odpornem we właściwem znaczeniu (*immun*), lub też również drogą przygotowawczych szczepień osiągamy to, że następowo zaszczepione jadowite bakterye danego gatunku nie wytwarzają w ustroju swoistych trucizn, choć żyją i rozmnażają się; zwierzę takie nazywamy odpornem na jady (*giftfest*); jadowite drobnoustroje wprowadzone do takiego organizmu odgrywają więc rolę niewinnych pasorzytów, które najwięcej mogą wywołać przejściowe podrażnienie miejscowe, poważnych zaś objawów zatrucia sprawić już nie mogą. Zwierzę odporne na pewne bakterye może więc nie być odpornem na jady, przez nie wytwarzane; jeżeli takiemu zwierzęciu zaszczepimy stosunkowo niewielką ilość mikrobów, zginą one bez wywołania żadnych objawów ze strony zakażonego ustroju; jeżeli zaś wprowadzimy do takiego ustroju odrazu znaczną ilość danych bakteryj a wraz z niemi stosunkowo dużo substancyj przez nie wytworzonych, zwierzę ginie wskutek zatrucia jadami, na działanie których pozostało wrażliwem. W tym razie pomimo odporności danego organizmu drobnoustroje działają nań chorobotwórczo.

Z tego wynika, że zwierzę odporne na jady mikrobów specyficznych dla pewnej choroby zakaźnej o cesze wybitnie toksycznej uważać można za odporne w ogóle względem danej choroby; zapatrywanie to stwierdzono całym szeregiem doświadczeń rozmaitych badaczy.

Przed niespełna dwoma laty wykazał Ehrlich, że można imunizować zwierzęta nietylko na jady wytworzone przez bakterye, ale także przeciwko jadom pochodzenia roślinnego, chemicznie spokrewnionym z produktami bakteryj. Ehrlich robił doświadczenia z dwoma ciałami: rycyną i abryną; są to ciała białkowate, należące do grupy toksalbuminów. Rycyna stanowi, jak wiadomo, pierwiastek trujący, zawierający się w łupinkach nasienia rącznikowego, abryna zaś pierwiastek działający w naparze Jequiryty, wprowadzonym do okulistyki przez Weckera w r. 1882. Obadwa ciała te dokładnie zbadano pod względem toksykologicznym w pracowni Koberta w Dorpacie. Według Koberta i Stillmarka własności trujące rycyny są tak mocne, że 0·03 mgr. jadu, wstrzykniętego do żyły, wystarcza do zabicia 1 klg. zwierzęcia. Ehrlich znalazł, że ze wszystkich zwierząt, do doświadczeń używanych, najwrażliwszemi na rycynę są świnki morskie. Używając 1 ctm. sz. roztworu jadu na 1 klg. zwierzęcia, przekonał się, że rozczyny 1:750000 już czasami zabijały zwierzęta, rozczyny zaś 1:200000 zabijały je w każdym przypadku po 2—4 dniach. Karmiąc myszy ciastem, urobionem z rozczynem jadu, przekonał się Ehrlich, że myszy znosiły najwięcej 0·02 rycyny wewnętrznie zadanej, 0·035 jadu zabijało je w przeciągu 5—6 dni; rozpoczął więc imunizacyę zwierząt od podawania im dziennie po 0·002 rycyny, doprowadził zaś po 2 miesiącach do tego, że mysz znosiła 0·5 jadu przez żołądek. Imunizowane zwierzęta znosiły również dobrze bardzo znaczne, śmiertelne dawki jadu, wstrzykniętego podskórnie a mianowicie rozczyny 1:500, a nawet w kilku przypadkach 1:250.

Podczas badań tych zauważył dalej Ehrlich nader ciekawą okoliczność: 1·5—1% roztwór rycyny napędzlowany na oko wywołuje mocne objawy zapalne, cokolwiek mocniejsze rozczyny jadu, zastosowane na oko wywołują zapalenie całego oka (*panophthalmitis*) i zwierzęta giną zazwyczaj po niejakim czasie wskutek następowego zakażenia ogólnego; u zwierząt, posiadających już nawet nie wielki, lecz tylko średni stopień odporności na działanie rycyny, mógł Ehrlich przykładać do oka gęstą pastę przygotowaną z rycyny z 10% roztworem soli bez wywołania nawet słabego odczynu ze strony oka; tu występowała więc absolutna odporność miejscowa już wówczas, gdy ogólna odporność na dany jad doszła dopiero do pewnego stopnia. Przebieg imunizacyi ustroju był bardzo charakterystyczny: w przeciągu pierwszych 5 dni imunizowania zwierzęcia nie można było zupełnie wykazać żadnego przyrostu odporności; na 6. dzień nagle odporność ustroju się zjawiała i to zazwyczaj odrazu w dość znacznym stopniu; występowała więc niejako krytycznie, co skłoniło Ehrlicha do upatrywania pewnej analogii pomiędzy występowaniem odporności organizmu na pewien jad z jednej strony a z drugiej krytycznem obniżeżaniem się ciepłoty ciała w pewnych chorobach zakaźnych. W ciągu następnych dni odporność podczas ciągłego podawania coraz to większych dawek jadu stopniowo wzrastała i po niejakim czasie (około dwu miesięcy) dochodziła do maximum; dalsze podawanie zwierzęciu trucizny (w ciągu 7 tygodni) nie było już w stanie podnieść jego odporności. Nabyta odporność trwała przez stosunkowo długi czas: jeszcze po 7½ miesiącach znosiła imunizowana mysz śmiertelną dawkę trucizny. Powstawanie odporności w imunizowanym ustroju tłómaczy Ehrlich powstawaniem we krwi ciała antytoksycznego, które nazywa antyrycyną; przez wstrzyknięcie krwi imunizowanych myszy królikom wywoływał u ostatnich odporność na rycynę. Te ostatnie doświadczenia zrobiono na wzór doświadczeń Behringa i Kitasaty, którzy, jak już wyż wymieniono, pierwsi wykazali imunizujące własności krwi zwierząt odpornych.

Drugie ciało, z którem Ehrlich robił doświadczenia, jest bardzo do rycyny zbliżone; do niedawna przypuszczano nawet, że ciała te są identyczne; Hellin wykazał, że tak nie jest. Jadowitość abryny jest znacznie mniejsza, aniżeli jadowitość rycyny: roztwory 1:100000 (0.01 ctm. sz. na 1 klg. zwierzęcia) stanowią dopiero śmiertelną dawkę; również wprowadzona przez żołądek jest abryna słabszą trucizną, aniżeli rycyna. Miejscowe zmiany na oku występują już po napędzlowaniu spojówki rozczynem 1:800. Tą samą metodą, którą Ehrlich posługiwał się w imunizowaniu zwierząt przeciwko rycynie, imunizował myszy i króliki przeciwko abrynie oraz wywoływał miejscową absolutną odporność na oku. I tutaj przyjmuje on powstawanie we krwi antytoksyny, którą nazwał antyabryną. Zwierzęta z nabytą odpornością na rycynę okazały się również wrażliwe na abrynę, jak zwierzęta wogóle nie imunizowane i na odwrót; występuje tu więc zupełnie jasno swoistość zarówno trucizny, jako też i odtrutki.

Badania Ehrlicha nie mają na pozór nic wspólnego z chorobami zakaźnemi; jeżeli jednak uwzględnimy tę okoliczność, że najważniejsze w patologii człowieka choroby zakaźne mają właśnie charakter wybitnie toksyczny, że właściwe doświadczenia imunizacyjne oraz lecznicze robiono z bakteryami swoistemi dla tych właśnie chorób, wreszcie,

że wchodzą tu w grę ciała białkowe, toksalbuminy, należące do tej samej kategoryi, co rycyna i abryna, których działanie jest zupełnie swoistem, łatwo można zrozumieć, dla czego omówiłem tak szczegółowo pracę Ehrlicha; uderzająca analogia w zachowaniu się ustroju zwierzęcego względem jadów roślinnych a bakteryjnych wyświetla do pewnego stopnia działanie drobnoustrojów na zakażony organizm; praca Ehrlicha, o ile mi wiadomo z przestudyowanej literatury, jedyna w swoim rodzaju, zapoznała nas z faktem nader ciekawym i doniosłym, którego stanowczo nie należało pominąć w niniejszym przeglądzie.

Przejdziemy teraz do tych metod imunizowania zwierząt, których w ciągu ostatnich lat kilku w różnych doświadczeniach z dobrym wynikiem rozmaici badacze używali. Metodę Pasteura, jak to już zaznaczyłem na wstępie, zmodyfikował cały szereg eksperymentatorów o tyle, że zamiast wprowadzać do ustroju osłabione hodowle, zaczęto stosować hodowle, z których usunięto żywe drobnoustroje. Z początku używano przeważnie hodowli buljonowych, przefiltrowanych przez filtry Chamberlandowskie; później sterylizowano hodowle, ogrzewając je do rozmaitych temperatur.

Karol Fraenkel, który kwestyą wyjaławiania hodowli w celach imunizacyjnych studyował szczegółowo, doszedł po długich próbach do metody, która z pewnością daje dobre wyniki, zwłaszcza w doświadczeniach z lasecznikami błonicy, jak to stwierdzili i inni badacze; polega ona na tem, że hodowlę ogrzewa się w przeciągu godziny do 60—70°; 10—20 ctm. sz. tak przygotowanej 3-tygodniowej hodowli, wstrzykniętych podskórnie, wystarcza do wywołania u świnek morskich zupełnej odporności na błonicę; szczepienia jadowitą hodowlą należy dokonać dopiero po upływie 2 tygodni po imunizacyi.

Roux i Yersin imunizowali na błonicę świnki morskie wysuszonym i przez godzinę ogrzanym do 77° osadem, otrzymanym z hodowli buljonowej, do której dodano chlorku wapniowego. Roux używał do osłabiania hodowli błonicy i tężca, przeznaczonych do imunizowania zwierząt, jodu w roztworze wodnym 1 : 500.

Behring wywoływał odporność przeciwko błonicy szczepieniem hodowli osłabionych działaniem trójchlorku jodu; do 4-tygodniowych hodowli dodawał trójchlorku jodu w stosunku 1 : 500 i po 16 godzinach wstrzykiwał 2 ctm. sz. tak przygotowanej hodowli do jamy brzusznej świnkom morskim. Po upływie 3 tygodni wstrzykiwał 0·2 hodowli 4-dniowej, wyrosłej na bulionie z dodatkiem trójchlorku jodu w stosunku 1 : 5500; po upływie 2 tygodni tą metodą imunizowane świnki znosiły dobrze śmiertelne dawki hodowli jadowitych. Mniejszy stopień odporności otrzymał Behring po zakażeniu zwierząt jadowitemi hodowlami i następowem leczeniu miejscowem trójchlorkiem jodu lub chlorkiem złota i sodu. Jeszcze mniejszy stopień odporności otrzymywał ten badacz przez wstrzykiwanie przez kilka dni z rzędu po 0·5 cm. sz. 10% roztworu dwutlenku wodu, nieco zakwaszonego kwasem siarkowym.

Peyraud, wychodząc z założenia, że jad tężcowy działa w sposób zbliżony do działania strychniny, imunizował z dobrym wynikiem króliki przez wstrzykiwanie tego alkaloidu w ciągu kilku dni.

Behring, Kitasato i Wassermann, pracując nad imunizacyą surowicą krwi zwierząt odpornych, przyszli do przekonania, że normalny organizm musi zawierać w sobie czy w pewnych warunkach wytwarzać substancye, działające antytoksycznie; przypuszczali, że poważną rolę odgrywają tu ciałka limfatyczne; wybrali więc do doświadczeń swych grasicę, zbudowaną, jak wiadomo, przeważnie z pierwiastków limfatycznych. Słabo alkaliczny wyciąg wodny z cielęcej grasicy, dodany do hodowli tężca, której jadowitość poprzednio stwierdzono, znakomicie (do $\frac{1}{3000}$ — $\frac{1}{5000}$) obniżał jej jadowitość. Próby imunizowania zwierząt wyciągiem tym dały jednak wyniki ujemne, jak przypuszczają autorzy, wskutek tego, że danej antytoksynie brakowało własności swoistych. Zaczęli więc metodę tę stosować w ten sposób, że do jadowitych hodowli buljonowych dolewali dwa razy tyle wyciągu grasicowego i pozostawiali hodowle pod działaniem tego wyciągu przez 24 godziny. Okazało się, że hodowle tak przygotowane, nadawały się bardzo dobrze do imunizowania zwierząt na tężec, cholerę, błonicę, bakterye tyfusu i posocznicy świń. (C. d. n.)

Choroby dzieci.

Sziklai: Dławiec i jego leczenie.

Wychodząc ze stanowiska, że każde zapalenie włóknikowe polega na tworzeniu się błon z przesięku przez jego krzepnięcie, wnosi autor, że głównem zadaniem leczniczem w dławcu krtani jest oddzielenie a więc odkszłuszenie jakoteż przeszkodzenie krzepnieniu. Jedynym środkiem spełniającym oba te warunki jest pilokarpina powiększająca wydzielinę gruczołów błon śluzowych, przez co więcej śluzu nagromadza się między błoną śluzową a dławcową tak, że błona zostaje niejako podminowaną i łatwo może być wyrzuconą po podaniu środków wykształusznych.

Autor stosował pilokarpinę w przebiegu zapalenia płuc krupowego, przez co skraca się znacznie cały przebieg choroby. W zapaleniu nerek krupowem z bardzo znacznemi obrzękami podawany ten środek wywołuje prawie z dnia na dzień ich zmniejszenie się. Nawet w nader uporczywych przypadkach zapalenia dławcowego pęcherza moczowego skutkuje pilokarpina znakomicie, gdyż błony za równoczesnem przestrzykiwaniem oddzielają się z łatwością. Co do dawek, jakich autor używa, to zwykle podaje wewnętrznie po 0·02 do 0·03 na dzień, w przypadkach ciężkich używa wstrzykiwań i dochodzi do 0·03 nawet po dwa razy dziennie, mimo tego nigdy nie obserwował objawów ubocznych. (*Wiener Medicinische Presse Nr. 51, 1892 i Nr. 1, 1893*).

Herz: Użycie ichtyolu w zapaleniu gardła.

Autor podawał 2—3% roztwory ichtyolu jako płukanie we wszelkich rodzajach zapaleń gardła (z wyjątkiem zapalenia migdałków mieszkowego (*follicularis*), gdzie przychodzi do rozpulchnienia, obrzmienia całego podniebienia, migdałków i utrudnienia połykania. Po 24 godzinach używania tego środka przypadłości te i objawy znikają. Ta szybka ulga obok tego, iż płukanie to nie sprawia pieczenia w gardle a chorzy nie doznają uczucia ściągającego, zapach zaś nieprzyjemny szybko znika, powinna skłonić do częstszego niż dotąd używania ichtyolu w przerzeczonych cierpieniach. (*Wiener Medicinische Wochenschrift Nr. 2*).

Dr. Bolesław Komorowski.

Fournier: Herpes vacciniformis u dziecka, zgorzel części płciowych, nagła śmierć.

Fournier obserwował 16 miesięczną dziewczynkę, którą mu przedstawiono z wysypką guzkochrostową na częściach płciowych. Guzki te barwy szarej, w samym środku podniesione, wielkości mniej niż półcenta, o konturach okrągłych, regularnych, przypominały wielce krosty po szczepieniu krowianki w dniu 6—7. Dziecko miało nieco gorączki. Następnego dnia części płciowe uległy obrzękowi i nabrały barwy sinej, na trzeci dzień okazała się zgorzel tych części wobec wcale niezłego ogólnego stanu dziecka. Czwartego dnia zgorzel poczęła się szerzyć i dziecko zmarło wieczór wśród gorączki 38·4 i nieznacznego rozwolnienia. Sekcya nie wykazała żadnych zmian w organach wewnętrznych prócz małych wynaczynień na powierzchni płuc. (*Révue mensuelle de maladies de l'enfance. Fevrier, 1893*). *Dr. Z. Pelczar.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciwko swędzeniu w odrze, płonicy i ospie wietrznej poleca bardzo gorąco Dr. Klein z Berlina:

25) Rp. *Lanolini purissimi Liebreichi anhydrici* 50·00
Vaselini americani 20·00
Aquae destil. 25·00
Misce terendo; fiat ungtum.
S. Wcierać co trzy godziny.

Przeciwgnilny proszek na zęby P. Vigiera:

26) Rp. *Resorcini* 2·00
Saloli 4·00
Pulv. radd. iridis flor. 40·00
Calcii carbonici 8·00
Carmini 0·30
Olei menthae pip. guttas 10
M. f. p.

Przeciw bólom macicy po porodzie poleca Dr. Rutherford zażywać co 2 lub 3 godziny po pigułce według przepisu:

27) Rp. *Chinini sulfurici* 1·00
Opii puri 0·50
Exti trifolii q. s.
ut f. pill. Nr. 15.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 8. lutego 1893 r.

Przewodniczący kol. Łazarski. — Członków obecnych 45.
Gość Dr. Ługowski z Warszawy,

1) Kol. przewodniczący powitał kol. Dra Ługowskiego z Warszawy.

2) Kol. przewodniczący poświęca słowne wspomnienia kol. Zarembie jak również śp. kol. Dr. Krówczyńskiemu, których pamięć uczczono przez powstanie.

3) Kol. Pieniążek przedstawił chorą, u której wykonał trzy razy tracheotomią i laryngofisurę a to z powodu *laryngoscleroma*. Ostatni raz przed Nowym Rokiem wykonał tracheotomię w domu u pacyentki z powodu wielkiej duszności, a następnie laryngofisurę w oddz. prof. Obalińskiego. Podczas tej operacyi przekonał się prelegent, iż chrząstki były zupełnie skostniałe. Chora oddycha obecnie wcale nie źle.

4) Kol. Browicz przedstawia: *a*) p r z e d z i u r a w i o n e j e l i t o z chorego, który przebywał w oddz. chir. prof. Obalińskiego a którego koń w brzuch kopnął. Jelito przedziurawionem zostało powyżej zastawki Bauhina a więc w miejscu z dość znaczną ruchomością. W jamie otrzewnowej znajdowały się kał, krew i t. d. Brak części ściany w jelicie prelegent tłómaczy tem, iż jelito, znajdując się tuż przy kręgosłupie a przygniecione do niego kopytem, uległo zmiażdżeniu i w ten sposób część tę postradało. Przez powstały otwór wypłynęła treść jelitowa i następnie sprowadziła zapalenie otrzewny, śmiercią zakończone. Wypuklona błona śluzowa jelita wśród kilkudniowego trwania choroby przyczepiła się do kręgosłupa i okazywała pewnego rodzaju wygojenie. *b*) r a k s u t k a. Sutek bardzo wielki tem się odznacza, iż obok rozrostu ognisk rakowych w równym stopniu rozrastała się tkanka sutka właściwa, tłuszczowa, podskórna i skóra. Prelegent wywodzi to stąd, iż gdy ognisk rakowych jest dużo lub gdy one nagle rosną, to mocne przekrwienie sutka może sprowadzić rozrost wszystkich jego części.

W dyskusyi zapytuje się kol. Mars, czy osoba ta nie była w owym czasie po porodzie lub w okresie ciąży. Prelegent objaśniając dodaje, iż istotnie osoba ta była niedawno po poronieniu. Kol. Mars dodaje, iż sprawy płciowe mogą niekiedy przyspieszyć znacznie bujanie tkanek.

5) Kol. Obaliński przedstawia: *a*) wyrostek robaczkowy z człowieka 30-letniego, który po zjedzeniu gorącego chleba nagle w nocy zachorował doznając bólów rozpromieniających się od kątnicy do pępka. Następnego dnia wystąpiło znaczne osłabienie, tętno nikłe, brzuch wzdęty, jelita rysowały się a w okolicy kiszki ślepej można było wyczuć zwiększenie się oporu, nadto były odbijania i wymioty obok braku gorączki. Jedni z lekarzy obecnych przypuszczali skręcenie się jelit, inni zapalenie wyrostka robaczkowego. Po 4 dniach brzuch był bardziej wzdęty i boleśniejszy, stan bezgorączkowy a tętno nawet lepsze. Stolca nie można było wywołać w żaden sposób. W takim stanie przywieziono chorego do oddziału chir. Prof. Obalińskiego. Prelegent nie mógł także rozstrzygnąć stanowczo, z czem ma do czynienia, ale ze względu na bolesność i większy opór nad kątnicą przypuszczał tam zapalenie i w tym celu wykonał laparatomię cięciem równoległym do więzu Pouparta. Po otwarciu jamy brzusznej można było wyczuć wyraźniej stwardnienie, które podczas odsuwania na boki pękło, poczem wydobyła się ropa nader cuchnąca. Prelegent wyszukał następnie wyrostek robaczkowy a przekonawszy się, iż ma ściany nader cienkie i prawie zniszczone, odciął go po podwiązaniu. Następnie po oczyszczeniu gruntownem jamy ropnia dochodzącej aż do małej miednicy, zabezpieczył resztę otrzewny w ten sposób, że sieć przyrosłą do ścian owego ropnia zeszył z górnym brzegiem cięcia laparatomijnego, przez co otrzymano w dole przystęp do ropnia a zamknięto właściwą jamę otrzewnową.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem zaznacza prelegent dobry skutek operacyi i radzi, by w ciężkich przypadkach tego rodzaju wcześniej przystępować do operacyi, niż to dotychczas było w zwyczaju.

b) D w i e m a c i c e. Jedną prawie w trójnasób powiększoną wydobył prelegent dwoma sposobami, bo początek operacyi wykonał metodą Martina a dokończył sposobem Freunda, który chwali zwłaszcza wobec takiego zwiększenia macicy i zajęciu już parametryów. Obie macice wykazały budowę gruczolakorakową.

W dyskusyi kol. Gluziński wspomina, iż zdarzają się zapalenia wyrostka robaczkowego, w których jest i tor gorączki nieregularny a nawet chełbotanie itd., a przecież bez operacyi wszystko ulega zupełnie wessaniu. Sądzi, że te dopiero przypadki należy operować, w których objawy podobne są do uwięźgnięcia, dalej znaczne objawy otrzewnowe i zapad sił; n. p, po 2 dniach choroby sprawa zaczyna się niby polepszać, zapalenie ograniczać do kiszki ślepej, gorączka z torem nieregularnym lub stan bezgorączkowy, bóle napadowe, a również badając przez prostnicę wyczuwa się obniżenie guza. Przytem doradzałby cięcie pozaotrzewnowe.

Prelegent w odpowiedzi twierdzi, iż nie proponuje operacyi we wszystkich, tylko wyraźnie w ciężkich przypadkach, a więc w tych, w których wysięk jest duży a również są objawy niedrożności jelit i bóle napadowe.

Dalszą dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

6) Wybrano jednogłośnie na czynnych członków jedenastu kolegów. (Nazwiska ich podano nrze 6. *Przeglądu lek.*)

7) Kol. Przewodniczący wnosi, by b. Prezesowi kol. Ponikle wyrazić uznanie i podziękowanie piśmiennie w formie ozdobnej; wniosek ten przyjęto jednomyślnie wśród żywych i gorących oklasków.

8) Kol. Przewodniczący zawiadamia, iż Prof. Maragliano, sekretarz Centralnego komitetu Zjazdu lek. w Rzymie w roku bieżącym odbyć się mającego nadesłał pismo oznajmiające, iż komitet zgadza się chętnie na utworzenie komitetu polskiego z siedzibą w Krakowie.

W dyskusyi zabierali głos kol.: Browicz, Gluziński, Zarewicz, Cybulski, Domański i Przewodniczący.

W myśl tego wybrano komitet przygotowawczy na międzynarodowy zjazd lek. w Rzymie z kol.: Cybulskiego, Domańskiego, Gluzińskiego, Ponikły, Rydygiera, Zarewicza i Radeckiego.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XVII. w dniu 8. lutego 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. K o r c z y ń s k i. — Członków obecnych 16.

I) Przewodniczący zagaja posiedzenie nadmieniając, że Wydawnictwo, za jego inicyatywą założone, któremu przez cały czas ma zaszczyt przewodniczyć, rozpoczęło obecnie 18-ty rok istnienia, że według sił swoich stara się wypełniać swe zadanie i że rozwija się prawidłowo. W szczególności działalność i stan Towarzystwa w roku 1892 przedstawia przewodniczący, jak następuje:

a) Od ostatniego Zgromadzenia ogólnego, które się odbyło w dniu 20. stycznia 1892 r., dokończono seryi I. R o z p r a w z z a k r e s u m e d y c y n y p r a k t y c z n e j przez wydanie 5 rozpraw a mianowicie od nru 7—11

włącznie a korzystając z upoważnienia tegoż Zgromadzenia rozpoczęto wydawanie Seryi II, z której wyszło zeszytów 5 tak, że dotąd wydano razem 16 zeszytów Rozpraw. Seryę II. otrzymają członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa jako bezpłatne premium za r. 1892. Redakcya rozpraw pozostaje w rękach przewodniczącego. Rozprzedaż postępuje całkiem prawidłowo.

b) Dzieło prof. Jaworskiego p. t. Podręcznik chorób żołądka, którego rękopis oddany został do druku, stanowić będzie bezpłatne premium za r. 1892. — Również wkrótce rozpocznie się druk obszerniejszego dzieła Dra Władysława Bylickiego ze Lwowa p. t. Ginekologia. Dzieło to zaopatrzone bardzo znaczną ilością rycin rozesłane zostanie jako premium bezpłatne za rok 1894. — Rękopis dzieła prof. Dra Oettingera p. t Historya medycyny przesłano do Akademii Umiejętności, którą wezwało Wysokie Ministerstwo Oświaty do ocenienia, czy dzieło to zasługuje na subwencyę rządową, któraby ułatwiła Wydawnictwu wydanie dzieła.

Z dwóch rękopisów zarząd Wydawnictwa nie mógł korzystać, albowiem jeden tyczył sią tłómaczenia z języka niemieckiego a zarząd trzyma się zasady wydawania dzieł tłómaczonych tylko w braku dzieł oryginalnych, drugi zaś rękopis odnosił się do dzieła, które prawie równocześnie wydano w innym języku.

c) Stósunki z innemi Wydawnictwami lekarskiemi polskiemi były przyjazne a między innemi dowodem wzajemnego popierania się były wzajemne umieszczania ogłoszeń i inseratów.

d) Na uroczystość jubileuszową Tow. lek. galic. we Lwowie wysłał przewodniczący imieniem Wydawnictwa telegram gratulacyjny.

e) Powiatowa Dyrekcya skarbowa uwolniła Wydawnictwo od opłacania należytości ekwiwalentowej.

f) Liczba członków zwiększyła się w ciągu roku 1892 o 9. W dniu 1. stycznia 1892 r. wydawnictwo liczyło członków honorowych 3, członków czynnych 101, prenumeratorów 105. W ciągu r. 1892 zmarło 5 Członków czynnych (Dr. Nowiński, Pawlas, Skórkowski, Trembecki i Trachtenberg), przybyło 14 prenumeratorów (Dr. Ambrożewicz, Aschkenasy, Bielecki, Galant, Hicner, Haumann, Kretowicz, Łucki, Mikucki, Schoengut, Szymkiewicz, Siedlecki, Węgrzynowski i Żędzianowski). W dniu 1. stycznia 1893 Wydawnictwo składa się więc z 3 członków honorowych, 96 członków czynnych i 119 prenumeratorów, razem z 218 uczestników.

II) Na wniosek Przewodniczącego zgromadzeni oddali przez powstanie cześć pamięci zmarłych członków.

III) Na wniosek Komisyi kontrolującej (Dr. Buszek i Ściborowski), która rachunki i kasę znalazła w zupełnym porządku, udzielono zarządowi Wydawnictwa absolutoryum za rok 1891. Do sprawdzenia rachunków z roku 1892 wybrano Drów Buszka, Radeckiego i Ściborowskiego.

IV) Podkarbi Doc. Dr. Grabowski zdał sprawę z funduszów Wydawnictwa: Dochód w r. 1892 wynosił 1157 złr. 36 ct. (a mianowicie: składki wstępne 10 złr., składki roczne 298 złr. 96 ct., sprzedaż dzieł i rozpraw 576 złr. 16 ct., odsetki od kapitału 262 złr. 09 ct., dochód nadzwyczajny 10 złr. 25 ct.). Rozchód wynosił 729 złr. 20 ct. (a mianowicie: wydawnictwo Rozpraw 525 złr. 74 ct., rozsełka dzieł i rozpraw 29 złr. 25 ct., ogłoszenia o innych wydawnictwach polskich 12 złr. 54 ct., przypomnienia o zaległe składki i portorya 7 złr. 67 ct., wynagrodzenie administratora 150 złr., posługa 4 złr.). Nadwyżka dochodu 428 złr. 16 ct. Majątek Wydawnictwa wynosi 6545 złr. 62 ct., oprócz zaległych wkładek i nierozprzedanych nakładów.

V. Administrator zdaje sprawę z rozprzedaży dzieł, z czego się okazuje, że nakład Nauki położnictwa prof. Jordana został już wyczerpany a nakłady dzieł Widmanna, Rothego i Wiczkowskiego są bliskie wyczerpania. Wydawnictwo dzieł lek. polskich posiada na składzie jeszcze dzieł dotąd nierozprzedanych na sumę 4661 złr. 5 ct. a zaległe wkładki za lata ubiegłe wynoszą 476 złr., które jednak z każdym dniem zostają spłacane.

VI) Na wniosek zarządu, przedstawiony przez administratora Dra Surzyckiego, uchwalono, by majątek Wydawnictwa w papierach publicznych przechowany był jako depozyt w jednej z publicznych instytucyj finansowych.

VII) Na następne dwulecie wybrano prezesem prof. Dra Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Dra Oettingera, członkami Wpdziału: doc. Dra Grabowskiego, prof. Dra Halbana, Dra Kwaśnickiego, Dra Surzyckiego i prof. Dra Pieniążka, zastępcami członków: prof. Dra Domańskiego, prof. Dra Gluzińskiego, prof. Dra Jaworskiego, prof. Dra Obalińskiego, Dra Radeckiego i Dra Wiszniewskiego.

VIII) Na wniosek Dra Ściborowskiego Zgromadzenie wyraziło uznanie dla zarządu Wydawnictwa za skuteczne działanie a przewodniczącemu podziękowanie za jego niestrudzoną dbałość o dobro Wydawnictwa.

Sekretarz i administrator: *Dr. Józef Surzycki.*

V. Wiadomości bieżące.

— Spełniając życzenie wielu czytelników *Przeglądu lekarskiego* a przede wszystkiem Sz. Towarzystwa lekarzy galicyjskich rozpoczyna komisya redakcyjna artykułem Sz. kol. Dra Karola Kleckiego w niniejszym numerze szereg prac przedstawiających obecny stan ważnych kwestyj naukowych na podstawie najnowszych badań i spodziewa się od ogółu życzliwego poparcia swych usiłowań zmierzających do zaspokojenia prawdziwej potrzeby lekarzy.

— **Wiedeń** dnia 25. lutego 1893.

Wielkie wrażenie wywarło tu w kołach lekarskich, a może jeszcze większe w nielekarskich, doniesienie, które Dr. Hasterlik wczoraj zakomunikował na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego a w którem zdawał sprawę z doświadczeń swoich z prątkiem przecinkowym Kocha na ludziach. Doświadczenia, których częściowo byłem świadkiem, czynił Hasterlik w tutejszej pracowni dla patologii ogólnej i eksperymentalnej pod kierunkiem prof. Strickera i znanego epidemiologa prof. Draschego.

Przebieg tych doświadczeń był następujący: Dnia 19. grudnia r. z. spożył Hasterlik z hodowli kłutej żelatynowej prątków przecinkowych tyle, ile zapomocą igły platynowej można było wydobyć przez jednorazowe zanurzenie i okręcenie. Hodowla do tego celu użyta pochodziła z przypadku cholery, który pojawił się był we Wiedniu a z którego czyste kultury wyhodował Paltauf. Gdy po spożyciu tak małej ilości nie wystąpiły żadne objawy, zażył H. w trzy tygodnie później nieco więcej a mianowicie kroplę hodowli żelatynowej, którą otrzymał prof. Pertik w Budapeszcie ze stolców osoby zmarłej na sześć dni przedtem na cholerę azyatycką. Ponieważ i w tym przypadku nie było żadnych następstw, wypiła druga osoba dnia 12. stycznia b. r. koło $^3/_4$ cm. sz. hodowli żelatynowej, częściowo płynnej, również bez szkodliwych następstw. We wszystkich trzech doświadczeniach stolce były prawidłowe i nie zawierały, jak tego dowiodły skrzętne poszukiwania, prątków przecinkowych.

Następnie trzecia osoba skłonna do biegunek spożyła całą hodowlę kłutą żelatynową, przeszczepioną z poprzedniej kultury, przedstawiającą zatem trzecią generacyę budapeszteńskich prątków. W tym przypadku zjawiły się po 36 godzinach podczas lekkiego podniesienia ciepłoty stolce wolne żółtawo-brunatne, które w zupełnie dobrym stanie zdrowia osoby badanej trwały przez 4 dni tak, że w ciągu 7 dni, przez które trwało doświadczenie, było 11 stolców (dziennie najwięcej trzy). Ze stolców drugiego do czwartego dnia wyhodowano prątki przecinkowe Kocha.

Piąte doświadczenie wykonał Hasterlik znowu na sobie. przyczem zobojętnił przedtem sok żołądkowy wypiwszy 100 gr. 1% roczynu dwuwęglanu sodu. Tym razem we 24 godzin po zażyciu 1 cm. sz. hodowli żelatynowej z 4. generacyi wykazano w stolcu zupełnie zresztą prawidłowym prątki choleryczne, które też następnie wyhodowano; stan zdrowia H. był zupełnie prawidłowy. Jeszcze jedno doświadczenie wykonano na osobie, u której przez dwa tygodnie były zaburzenia ze strony jelit. I w tym przypadku po spożyciu $1^1/_2$ cm. sz. hodowli ze świeżego przypadku

cholery można było przez 4 pierwsze dni wykazać prątki przecinkowe w stolcach.

Wszystkie osoby, na których zrobiono doświadczenia powyższe, znajdują się obecnie w stanie zupełnego zdrowia.

Dr. Beck.

— Ze zdania sprawy Towarzystwa lekarskiego wileńskiego widać, iż Towarzystwo to wyraźnie z każdym rokiem rozwija się coraz pomyślniej. Liczba członków wciąż wzrasta, a na posiedzeniach bywa ich wielu (po 40 i 50). Odczytów i demonstracyj interesujących bywa dużo. Żywą dyskusyą wywołały demonstracye i odczyty o influenzie, suggestyi, wadliwościach teraźniejszego szczepienia ospy, ropniu podprzeponowym, leczeniu suchot kantarydynianem potasowym, laparotomii w zapaleniu gruźliczem otrzewny, leczeniu włókniako-mięsaków sposobem Apostolego, histeroektomii pochwowej w raku macicy, owaryotomii i t. d. Najczynniejszymi wydają się koledzy Bagiński, Dembowski, Erbstein, Jundziłł, Stembo, Wygodzki. Pracownia, głównie dla celów dyagnostycznych, zostaje pod dyrekcyą kol. Wojnicza i opłaca się przyniosłszy dochodu przeszło 500 rubli. W roku ubiegłym byli prezesem Erbstein, wiceprezesem Jundziłł, sekretarzami Strzemiński i Marewicz, bibliotekarzem Bieliński, kasyerem Seidler, konserwatorem Syrwid. (*Gaz. lek. nr. 8. 1893*).

— Zarząd (duma) miasta Rybińska postanowił podziękować lekarzowi miejskiemu Juliuszowi Smoleńskiemu za gorliwe i pożyteczne pełnienie obowiązków lekarskich przez lat 25 i mianować go honorowym obywatelem miasta, którego mieszkańcy ze swej strony pragną wywdzięczyć się jubilatowi przez danie na jego cześć obiadu i zebranie kapitału na stypendyum jego nazwiska.

— **Cholera.** W ostatnich dniach donoszą tylko o bardzo sporadycznych przypadkach z okolic Halli nad Salą w Saksonii pruskiej i z Altony. Natomiast zdaje się, iż cholera wygasła zupełnie na Węgrzech i w Marsylii. Co do tego miasta, to pojawienia się w niej cholery zupełnie nagłego i niespodziewanegd dotychczas nie wyjaśniono. Lekarz tamtejszy, Dr. Régnault, domyśla się tylko, iż przyczyna tego tkwić może w tem, że Marsylia używa wody z małej rzeki, nad którą znajduje się wiele młynów przerabiających na mąkę zboże przeważnie przywiezione ze Wschodu a mianowicie Indyj i że w tem zbożu znajdywać się mogły zarodki cholery, które następnie dostały się do wody przerzeczonej, w której nie znaleziono wprawdzie lasecznika przecinkowego, ale w każdym razie mnóstwo bakteryj dowodzących znacznego jej zanieczyszczenia.

— Międzynarodowa komisya sanitarna powstała z inicyatywy rządu austro-węgierskiego rozpocznie swe obrady w Dreźnie w dniu 6. b. m. i zajmie się ułożeniem zasad wspólnych kroków przeciw cholerze. W komisyi tej będą zasiadać nie tylko lekarze, ale także i reprezentanci dyplomatyczni państw europejskich.

— Pewnego właściciela składu materyałów aptecznych w Petersburgu skazał sąd pokoju na grzywnę 300 rubli a w razie niemożności zapłacenia na trzy miesiące aresztu za sprzedaż leków już gotowych i trucizn.

— Towarzystwo lekarskie w San Francisco postanowiło, że każdy jego członek, którykolwiek używał reklamy dla siebie za pomocą pism peryodycznych, będzie z niego wyłączony.

— Niemieckie Towarzystwo ochrony zdrowia publicznego odbędzie w bieżącym roku walne swe zgromadzenie w Wircburgu od 25. do 28. maja. — Na porządek dzienny posiedzeń dano: 1) ustawy budownicze dla śródmieść, przedmieść i osad podmiejskich; 2) reformy w przyrządzaniu chleba; 3) zasady właściwego żywienia się; 4) *rzecz o zapobieganiu marnowaniu wody z wodociągów;* 5) rzecz o spożytkowaniu mięsa wątpliwej wartości i padliny.

— Prezydent policyi w Berlinie uprasza tamtejszych lekarzy, by na kartach śmierci używali nazw choroby niemieckich a wyrazy *cholera nostras* zastępowali w celu uniknienia alarmowania publiczności wyrażeniem: *einheimischer Brechdurchfall.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 8-go marca b. r. **wyjątkowo o godz. 5 po południu** posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Sprawozdanie komisyi wodociągowej, referent kol. prof. Browicz.

Sprostowanie. W nrze 8-ym na str. 97, szpalcie II, wierszu 18 od dołu zamiast „*wrzodem*“ powinno być „*ropniem*“ a w wierszu 5 również od dołu zamiast „*wrzodzie*“ powinno być „*ropniu*“.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Do nru niniejszego dołącza się dla prenumeratorów w Austro-Węgrzech okólnik Komitetu polskiego na zjazd lek. w Rzymie.

L. 101. **KONKURS.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 7. lutego 1893 L. 6564 rozpisuje się konkurs na posadę prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego dla kobiet, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej czasowej przywiązaną jest płaca o rocznych 1200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich, albo doktora medycyny i chirurgii na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya i praktykę szpitalną w dziale chorób kiłowych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 30. marca 1893 na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

We Lwowie, d. 15. lutego 1893. (28—4—2)

L. 285. **KONKURS.**

Odnośnie do tutejszych ogłoszeń z 3. września 1892 roku L. 2072 i 11. listopada 1892 L. 2700 rozpisuje Wydział powiatowy po raz trzeci konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Łące.

Okręg ten obejmuje 16 gmin na obszarze 229□ klm. z 16858 ludnością.

Roczna płaca wynosi 500 zlr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 275 złr. a. w.

Kandydaci muszą posiadać prócz dostatecznej fizycznej zdolności, następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający wykonywanie praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) a oraz przyjąć obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli ci pierwszeństwo, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Samborze **przed 15. marca 1893.**

Wydział Rady powiatowej (27—3—2)
w Samborze dnia 31. stycznia 1893 roku.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.